

Ungdomshelse

Prosjektoppgave ved medisinstudiet høsten 2009

Det Medisinske Fakultet

Universitetet i Oslo

Are Annesønn Kalstad

Kull H04

Abstract

Background

Adolescents are generally healthy, but are in a period of life of great change and development, physically, mentally and socially. Their tendency to risk taking and sensation seeking is a major cause of morbidity and mortality. This is also a window of opportunity to establish good health behavior, and “plotting a good course” is a prime focus in adolescent medicine.

Material and methods

In 2004, a survey was performed among 3748 adolescents aged 18-19 years old among 12th grade students and as a mail survey as a follow up to a similar survey performed three years earlier. The overall response rate was 88,3 %. The purpose was to collect a broad range of data to examine multiple health variables, this paper is a cross sectional analysis of select topics; assessment of own health, use of health services, mental health and sexuality.

Results

Adolescents generally perceive their health as good. The general practitioner is the health service that is used by the most participants. There is a high prevalence of symptoms of mental problems, also girls are almost three times more likely to have consulted a psychiatrist/psychologist or report symptoms of mental distress. Median age of first intercourse is 17,8 and 17,9 years for girls and boys respectively.

Discussion

The results in this paper generally confirm that adolescents perceive their health as good. Many report symptoms of mental distress, which may be an indicator of later mental problems. A large discrepancy between reported and official prevalence of abortion remains unexplained.

Abstract	2
Bakgrunn	4
Psykososial utvikling	4
Pubertet	5
Ungdomsmedisin	6
Egenvurdert helse.....	6
Bruk av helsetjenester	7
Allmennpraktiserende lege	7
Helsestasjon for ungdom.....	8
Skolehelsetjenesten	8
Legevakt.....	8
Psyiskisk helse.....	8
Seksualitet	9
Hensikt med oppgaven	10
Materiale og metode	10
Materiale	10
Metode	11
Resultater	13
Egenvurdering av helse	13
Bruk av helsetjenester.....	15
Allmennpraktiserende lege	16
Helsestasjon for ungdom.....	17
Skolehelsetjenesten	17
Legevakt.....	18
Psyiskisk helse.....	18
Seksualitet	19
Seksuell debut	19
Prevensjon.....	21
Graviditet og abort	21
Diskusjon.....	22
Indeks.....	25
Referanser.....	26

Bakgrunn

Ungdomstid som et eget begrep, og en tilstand som verken er barndom eller voksenliv har vært kjent lenge. Både antikkens forfattere og Shakespeare beskrev ungdommelig overmot, hodeløshet og ukontrollerbart følelsesliv. Psykologen G.S. Hall la på begynnelsen av det 20. århundre grunnlaget for en moderne forståelse av ungdom. Han innførte begrepet *adolescence*, fra det latinske *adolescere*, som betyr ”å vokse opp”, og beskrev perioden som en tid med ”heightened storm and stress”.

Det er en tid med store omveltninger, både biologisk, psykisk og sosialt, som skjer gradvis over en periode på 10-12 år. Medisinsk kan ungdom defineres basert på alder eller pubertetsutvikling. WHO anvender definisjonen *adolescens* for aldersgruppen 10-19 år(1, 2), andre definisjoner er 10-21 år (3) eller inkluderer helt opp til 25 års alder(4). Det er også mulig å dele inn ungdomsutviklingen i stadier, med tidlig (10-13 år), midtre (14-16 år) og sen (17-21 år) *adolescens*. Andre legger vekt på den fysiske utviklingen av puberteten(5), men svært mange forfattere understreker det viktige skillet mellom prosessene pubertet og *adolescens*. Der pubertet er en fysisk seksuell modning i en kaskade av biologiske prosesser, er *adolescens* eller ungdomstid et både mer upresist og mer omfattende begrep, som omfatter en full biopsykososial utvikling i overgangen fra barn til voksen. Den kanskje mest treffende definisjonen, om enn noe upresis, er ”*that awkward period between sexual maturation and the attainment of adult roles and responsibilities*”(6).

Psykososial utvikling

Mange modeller og teorier og modeller er satt frem for å beskrive og forklare psykologisk utvikling i ungdommen, vanligvis enten som et sent eller avsluttende stadium i barnets utvikling eller som en del av hele livsløpet. Disse forstår gjerne utviklingen som en serie av ”faser” eller ”stadier”, der ett nivå eller en ”oppgave” må være fullført før det neste utviklingstrinnet kan påbegynnes.

Historisk har psykodynamisk teori hatt en sterk stilling. Freud (7)forklarte psykologisk utvikling med ubevisste prosesser, hvor behov kontrolleres og tilfredsstilles gjennom et samspill mellom **id**, **ego**, og **superego**. Når puberteten starter, har barnet gjennomgått den orale, anale og falliske fase, og er i latensperioden, hvor seksuelle drifter er midlertidig undertrykket; de unngår da barn av motsatt kjønn, og holder seg kun til samme kjønn. Den genitale fase starter så med puberteten og fortsetter inn i voksenlivet. De seksuelle impulsene kommer til overflaten igjen, og personen lærer å rette disse mot andre på sosialt akseptable måter. At opplevelser på tidligere utviklingstrinn affiserer senere utvikling er et sentralt trekk i freudiansk teori. Erikson(8) videreutviklet senere mange av konseptene i Freuds psykoseksuelle teorier, men la større vekt på det sosiale miljøet og utviklet en bredere psykososial teori som definerer stadier over hele livsløpet. i *adolescensen* er den viktigste oppgave å definere seg selv; å oppnå en egen *identitet*. Hvis dette svikter kan personen utvikle forvirring rundt egen rolle og hvem eller hva han/hun vil være. Videre i ung voksen alder skal man oppnå intimitet med andre og klare å etablere en stabilt intim og seksuell relasjon med en annen. Hvis man før dette er usikker på sin identitet og svikter i dette, kan resultatet bli unngåelse og isolasjon.

I den kognitive utviklingen la Jean Piaget (9, 10) vekt på prosessene assimilasjon og akkomodasjon, henholdsvis prosessene hvor ny kunnskap og læring tas opp i erfarings- og kunnskapsbasen, og hvor eksisterende kunnskap tilpasses nye erfaringer. Han vektla et aktivt barn, som søker kunnskap og kontinuerlig utformer sin forståelse av virkeligheten, som kan være annerledes enn den ”voksne” verden. Piaget beskrev også flere stadier av kognitiv utvikling; det sensorimotoriske, preoperasjonelle, det konkret operasjonelle og det formelt operasjonelle stadium. Denne siste utviklingen skjer i ungdommen, hvor barnet tilegner seg evnen til abstrakt tenkning, kompleks resonnering og hypotesetesting, og må tilpasse sin ”verden” til den ”voksne”. Tilegnelse av denne evnen er en essensiell del av å kunne fungere som et selvstendig voksent individ i samfunnet.

Vygotskys (11) sosiokulturelle teori legger vekt på hvordan utviklingen skjer i et gjensidig samspill mellom barnet/ungdommen og samfunnet rundt, som foreldre, venner og lærere, og hvordan disse kan hjelpe barnet/ungdommen til et nytt nivå.

En kritikk mot disse teoriene, er at de ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til kompleksiteten i systemet rundt barnet/ungdommen. Flere systemteorier er utviklet, som på forskjellig vis beskriver spillet mellom personen og individene og systemene rundt seg, og også hvordan systemene rundt gjensidig påvirker hverandre. Familie, venner, skole, helsevesen, naboer, media, kulturelle og religiøse normer er alle faktorer i dette perspektivet (5, 12).

De senere årene har også nevrobiologisk forskning bidratt til å kaste lys over mental utvikling i ungdomstiden. Det skjer en modning av forholdet mellom frontocortikale og limbiske regioner, som kan forklare at ungdom har en særlig tilbøyelighet til risikoadferd, emosjonelt betinget adferd og vansker med å vurdere konsekvenser. De kan fatte sunne og vel gjennomtenkte avgjørelser i en rolig situasjon, men gjør lett uoverveide beslutninger i emosjonelt agiterte situasjoner (6, 13, 14).

Pubertet

Biologisk kan adolescens sies å innledes med starten av puberteten. Her endres kroppen svært mye og svært raskt, og disse forvandlingene er et sentralt bakteppe og tema for psykososiale utfordringer i perioden. Forandringen fra prepubertale barn med små kjønnsforskjeller til forplantningsdyktige voksne med fullt utviklede sekundære kjønnskarakteristika initieres av forandringer i sentralnervesystemet som enda ikke er fullt forstått, og styres av thalamus-hypothalamus-hypofyse-binyre/gonadeaksen. Prosessen artet seg svært forskjellig for kjønnene, og jentene starter puberteten i gjennomsnitt ca. to år før guttene. Gjennom puberteten kan kjønnsmodningen vurderes ved hjelp av Tanners stadieinndeling (15), basert på utvikling av kjønnsorganer, kjønnsbehåring og brystutvikling.

Hos jenter starter den tidligste utviklingen med brystknopping under areola (thelarche) og utvikling av fint kjønns hår over mons pubis (adrenarche/pubarche). Den første menstruasjonen (menarche) er det definerende startpunkt for puberteten i jenter, med en gjennomsnittlig alder på ca. 13 år. Alder for menarche falt markert i første halvdel av 1900-tallet i den industrialiserte verden. Vekstspurt er en periode med rask høydevekst som er på sitt raskeste ved ca. 11-12 års alder, og denne perioden er den eneste i livsløpet der jenter i gjennomsnitt er høyere enn gutter. I tillegg utvikles et bredere bekken og såkalt feminin fettfordeling til bak, hofter, lår, bryst og overarmer.

Gutter starter utviklingen med økning av testikkelvolum, som vokser fra 4 til 25 mL gjennom puberteten. Dette etterfølges av kjønnskårutvikling og hårvekst i aksillen, vekst av ansiktshår, dypere stemme og acne. Vekstspurt kommer senere enn hos jenter, gjennomsnittlig mellom 10,5 og 16 år(5, 16).

I den industrialiserte delen av verden, har pubertetsutviklingen startet tidligere og tidligere over de siste ca. 100-150 år. Et helt sentralt poeng her i forhold til ungdoms helserisiko, er at affektivt preget adferd som sterke følelser, risikotaking, seksuell utprøving og rus i stor grad er et resultat av pubertetsutvikling, selv om den gamle oppfatningen av at dette er en direkte effekt av kjønnshormoner savner evidens(6, 14, 17). De kognitive evnene til å kontrollere affekt, planlegge og gjennomføre aktiviteter og forutsi konsekvenser av adferd er et resultat av alder og læring over år. Dette setter ungdom i faresonen for risikoadferd som stoffbruk, usikker sex, vold etc., og er sammenlignet med å starte en turbobil med en uerfaren sjåfør(6).

Ungdomsmedisin

Et sentralt fokus i ungdomsmedisinen er nettopp den økte tendensen til risikoadferd hos ungdom, og hvordan forebygging best kan gjøres.

Ungdom er generelt svært friske, både subjektivt og objektivt. Det å være ung og syk innebærer derfor spesielle utfordringer. Er man ung og syk, er man relativt sett svært redusert i forhold de man sammenligner seg med. At norsk ungdom etter årtusenskiftet er en av de friskeste populasjonene innen medisinsk historie er vanskelig å underbygge, men heller ingen veldig urimelig påstand.

Ungdomstiden er også slutten på utformingen av personlighet, vaner, verdier, og valg kursen stikkes i stor grad ut for resten av livet. Det er dermed både en periode som har stort potensiale både for å forutsi fremtidig helse og intervensere positivt.

”Nåværende” helserisikoer: Rusbruk, psykisk helse (suicid), ulykker, seksuell helse.

Fremtidig forebygging: Vei- og verdivalg, etablering av vaner som former fremtidig helse gjennom resten av livet.

Egenvurdert helse

Som et mål på generell helse, inkluderer de fleste undersøkelser spørsmål om hvordan deltakerne vurderer sin egen helse. Dette er på alle måter en subjektiv vurdering av egen helse, og det er noe omdiskutert hva den egentlig måler. Ettersom ungdom objektivt sett har gjennomgående svært god somatisk helse, er det ekstra vanskelig å gjøre bestemte slutninger om hva forskjeller her er et uttrykk for. For ungdom er oppfatning av dårlig helse vist å kunne representere spesifikke helseproblemer, generell fysisk form eller helseadferd.(18). Det er et gjennomgående trekk i slike undersøkelser at jenter vurderer helsen sin som dårligere enn gutter gjør.(19) Generelt vurderer også jenter helsen sin som jevnt over dårligere enn guttene. Variabelen har likevel klart en verdi i epidemiologiske undersøkelser, egenvurdert helse er i noen grad vist å forutsi fremtidige helseproblemer, endog dødelighet, selv om noen enkel årsakssammenheng ikke er klarlagt(20, 21).

Å oppfatte egen helse som middels god eller dårlig er vist å ha sammenheng med psykososiale faktorer, som skoleresultater, lav sosioøkonomisk status, røyking, alkoholbruk, sinne og psykosomatiske symptomer. Man finner hos voksne en klar positiv korrelasjon mellom opplevd helse og psykososial status, men denne finnes vanligvis ikke igjen hos ungdommer (22).

I en helseundersøkelse av to årskull 10. klassinger i Oslo (2000 og 2001), ”UNGHUBRO” rapporterte 90 prosent av guttene og 85 prosent av jentene god eller svært god helse. Guttene tenderte mot i sterkere grad enn jentene å rapportere svært god helse. Den samme tendensen kan finnes igjen i andre ungdomsundersøkelser (23). Kun én prosent i begge kjønn vurderte helsa si som dårlig. Det var ikke forskjeller mellom øst og vest i opplevd helse, men planer om høyere utdanning, oppfatning av god familieøkonomi og gifte eller samboende foreldre hadde sammenheng med god helse(24).

Bruk av helsetjenester

Bruk av helsetjenester varierer i den norske befolkningen. Disse er avhengige av sykелighet, slik at personer med høyere sykелighet i større grad benytter seg av helsetjenester. Det er også vist at i grupper med ellers antatt lik sykелighet og dermed forbruk av helsetjenester, øker bruk av helsetjenester med inntekt, sosioøkonomisk status og spesielt utdanningsnivå. Disse forskjellene øker imidlertid med alder, og er lite uttalt blant ungdom, sammenlignet med eldre aldersgrupper.(25). Ungdom konsulterer i snitt sin fastlege 3,3 ganger i året(26).

Svært mange helsetjenester er tilgjengelige, og dekker ulike helse- og behandlingsbehov, fra lette ukompliserte plager, til akutt alvorlig sykdom til langvarig psykiatrisk behandling. I denne oppgaven fokuseres det på primærhelsetjenestene, fordi disse er de klart mest benyttede tjenestene, og relativt små grupper har benyttet seg av andre tjenester. Disse er i hovedsak ytt gjennom kommunen, og er pålagt ved Lov om kommunehelsetjenesten(27). I Oslo Kommune er dette i stor grad et tilbud på bydelsnivå. Ytterligere spesifiseringer er gitt i diverse forskrifter.

I UNGHUBRO(24) var det lite forskjell mellom kjønnene i bruk av helsetjenester, med unntak av skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, der jentene hadde tydelig høyere forbruk enn guttene. De tjenestene flest hadde benyttet, sett under ett, var tannlege, allmennlege og legevakt.

Allmennpraktiserende lege

Allmennpraktiserende leger er i Norge hovedsakelig tilgjengelig via fastlegeordningen, som innebærer at alle bosatt i Norge har rett til å stå på liste hos en fastlege.(28) Dette gir muligheten til å bli fulgt opp av en og samme lege over lengre tid, og å bygge et varig lege-pasient-forhold. (29). Det har blitt påpekt hvordan dette kan være en svært viktig nøkkel til gode helsetjenester for ungdom, som kan ha vanskelig for å følge opp behandlinger og ha tillit til autoriteter.(30-32)

Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom skal tilbys i alle kommuner, selv om interkommunalt samarbeide er mulig(33). I Oslo finnes totalt 15 bydelsspesifikke og 3 byomfattende helsestasjoner for ungdom. Tilbudet skal være enkelt for ungdom å oppsøke, og skal gi gratis undersøkelse, behandling og rådgiving for problemer relatert til fysisk og psykisk helse. Det legges spesiell vekt på seksualitet, samliv og prevensjon og psykososiale problemer. De har ordinære åpningstider ettermiddag/kveld på ukedager og tilbyr konsultasjon hos helsesøster eller lege.(34)

I UNGHUBRO hadde 18 % av jentene og 9 % av guttene benyttet seg av helsestasjon for ungdom. Gutter på østkanten hadde signifikant høyere forbruk enn på vest, jenter fra ytre vest skilte seg ut med et lavere forbruk enn i indre by og ytre øst(24).

Skolehelsetjenesten

Virksomheten i skolehelsetjenesten er nært knyttet opp til helsestasjon for ungdom. Den er et kommunalt ansvar, og skal være tilgjengelig for å følge opp ungdoms helsebehov på alle skoler(33, 34). Ungdom kan oppsøke tilbudet på skolen i skoletiden etter et ”åpen dør”-prinsipp.

I UNGHUBRO hadde 32 % av jentene og 20 % av guttene benyttet skolehelsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene. Det var ingen forskjeller mellom bruken i bydelene blant jentene, mens guttene hadde noe høyere forbruk i indre vest og lavere i ytre øst(24).

Legevakt

Legevaktjenesten er et akuttmedisinsk tilbud, som skal kunne håndtere akutt sykdom eller skade som ikke kan håndteres hos fastlege. Den er i Oslo tilgjengelig i Storgata 40 i sentrum, og to mindre baser på Linderud og Ryen. I tillegg finnes private legevakttilbud, som ikke er en del av det offentlige tilbudet.

Psykisk helse

Ungdomstiden er en tid med store psykiske omveltninger, som i seg selv gir en sårbar posisjon. De alvorlige psykiske sykdommene som schizofreni og bipolar lidelse debuterer ofte i løpet av ungdomsårene(35) , og i løpet av ungdomstiden endrer forekomsten og uttrykket av psykisk sykdom seg. De psykiske tilstandene det gjerne fokuseres mest på er depresjon, angst, adferdsvansker, ADHD spiseforstyrrelser og rusbruk.(36-39)

Depresjon arter seg annerledes hos barn enn hos voksne. Mens dette er en relativt sjelden tilstand hos barn, uten tydelig overvekt mht kjønn og ofte maskerte symptomer, er det en vanligere tilstand hos voksne, med omtrent dobbelt så mange kvinner, og oftere nedsatt stemningsleie som hovedsymptom (36). Det er estimert en forekomst av alvorlig depresjon hos barn til ca. 2%, og til mellom 4 % og 8 % hos ungdom (40). I løpet av ungdomstiden øker med andre ord forekomsten samtidig som det kliniske uttrykket endres, noe som gjør depresjon hos ungdom til en klinisk og forskningsmessig utfordring.

Angstlidelser er også en hyppig psykisk lidelse i barne- og ungdomsårene (41), som generelt har en betydelig komorbiditet med depresjon (42). De er en variert gruppe lidelser, som inkluderer bl.a. sosial fobi, generalisert angst, spesifikke fobier, panikk lidelse og selektiv mutisme, en total forekomst av angstlidelse i ungdomsårene er anslått til ca. 4-6 % (36).

I UNGHUBRO(24) rapporterte 10 % av guttene og 26% av jentene rapporterte et symptomnivå ved screeninginstrumentet SCL-10 over cut-off for mental distress, uten uttalte forskjeller mellom bydelene. Mellom 1 % og 3 % av guttene og mellom 3 % og 8 % av jentene hadde brukt psykolog eller psykiater mer enn fire ganger siste år. Det var langt høyere bruk av psykolog/psykiater i gruppen som rapporterte symptomer på angst/depresjon enn i den andre gruppen.(24)

Seksualitet

Median seksuell debutalder i Norge synes å ha gått ned siden 60-tallet, fra 18,9 år for kvinner født på 1940-tallet(43) til 16,7 år i 2002(44). Guttene var i begynnelsen tidligere ute(45), jentene tok dette igjen og debuterte tidligere enn guttene på 80- og 90-tallet. Tidlig seksuell debut har vist seg å være en indikator for generell helserisikoadferd(44). Det er korrelert med lav sosioøkonomisk status, lav utdanning, bruk av alkohol og røyking og noe psykisk sykdom(46, 47). Etnisitet er vist å være en viktig faktor med hensyn til seksualvaner, særlig jenter med etnisk minoritetsbakgrunn debuterer senere.(48)

I UNGHUBRO hadde 23 % av guttene og 21 % av jentene debutert seksuelt, hhv. 9 % og 7 % hadde hatt flere partnere. Både blant gutter og jenter var det en lavere andel i Ytre vest som hadde debutert(24).

Graviditeter blant tenåringer har totalt sett gått ned de siste 20 årene. Prevensjon er generelt lett tilgjengelig, og hormonell prevensjon er sterkt subsidiert for kvinner mellom 16 og 20 år. Ungdom er generelt flinke til å bruke prevensjon med tanke på å hindre graviditet, men bruken av kondom er lav(49). Det har tidligere blitt vist at norske ungdommer primært beskyttelse mot graviditet som mål for bruk av prevensjon, og i mindre grad er opptatt av kjønnssykdom.(50). Skandinaviske kvinner skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra resten av Europa i prevensjonsbruk(51). Det er imidlertid få studier på unge menns prevensjonsbruk i Norge.

Retten til selvbestemt abort ble vedtatt i Norge i 1978, og trådte i kraft 1. januar 1979. Forekomsten av abort blant ungdommer har vært relativt stabil over perioden, etter en nedgang de første årene (52). Blant tenåringer i Oslo har det vært en kraftig nedgang etter ca 2000. I 2004 ble det utført 19,25 aborter per 1000 kvinner opp til 19 år i Oslo(53), og 19,0 i alderen 15-19 år(54). Kvinner med innvandrerbakgrunn er vist å ha høyere risiko for abort sammenliknet med etnisk norske, men dette gjelder ikke kvinner under 25 år(55). Høy utdanning og sosioøkonomisk status er assosiert med lav forekomst av abort(55, 56).

Det har vært antydning at depresjon kan være en senfølge av å ha gjennomgått abort(57), men betydningen disse resultatene er omstridt(58).

Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å gi en beskrivelse av utvalgte helseforhold; Oppfatning av egen helse, bruk av helsetjenester, psykisk helse, seksualitet, prevensjon og abort hos 18-19-åringer bosatt i Oslo

Materiale og metode

Materiale

Datagrunnlaget for alle analyser i denne oppgaven er fra undersøkelsen Ungdom 2004. Undersøkelsen UNGHUBRO ble gjennomført blant samtlige 10. klassinger i alle ungdomsskoler i Oslo i årskullene 2000 og 2001. Undersøkelsene ble hovedsakelig gjennomført i skoletiden, og oppnådde nær 90% respons.

Ungdom 2004 var en videreføring av årskullet fra 2001 og ble gjennomført som et samarbeid mellom Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og Nasjonalt folkehelseinstitutt i løpet av 2004. Det ble utført både en skoleundersøkelse og en postal undersøkelse.

Skoleundersøkelsen ble gjennomført i VK2 på alle videregående skoler i Osloⁱ våren 2004, dvs. tilsvarende det samme årskullet som gikk i 10. klasse da UNGHUBRO ble gjennomført. De inviterte i skoleundersøkelsen inkluderer da både de som deltok i UNGHUBRO (n= 2761) og en gruppe som ikke deltok (n= 987). Skoleundersøkelsen ble gjennomført i løpet av 1 time i skoletiden, med medarbeidere fra IASAM. Det ble fylt ut et 4-siders spørreskjema og tatt en børsteprøve fra kinnslimhinnen til DNA-analyser. Elever som ikke var tilstede ved skolebesøk fikk anledning til å delta, enten ved nytt besøk på skolen eller ved å sende inn skjema og børsteprøve i ferdigfrankert konvolutt. Det var dermed totalt 3748 inviterte i skoleundersøkelsen. 3308 av disse leverte svarskjema og tilfredsstillende samtykke, som tilsvarer 88,3%.

Den postale undersøkelsen ble gjennomført blant de som deltok i UNGHUBRO og samtykket til å bli kontaktet senere, men ikke gikk på videregående skole i Oslo i 2004 (n= 1085). Disse ble tilsendt en pakke med informasjon, skjema, børsteprøve og returkonvolutt i uke 9 2004. Purringer ble sendt ut fire og åtte uker senere til de som ikke svarte. Totalt 467 av disse deltok med svarskjema og samtykke, som tilsvarer 43,0%.

Til sammen ble totalt 4896 individer ble invitert til å delta i undersøkelsen, hvorav 3719 deltok ved å fylle ut skjema, noe som utgjør en svarprosent på 76,0. Deltakelsen var betydelig høyere i skoleundersøkelsen enn i den postale delen.

Andelen ubesvarte spørsmål i skjemaet er lavt, og varierer fra 1,85 % til 8,23 %, med et gjennomsnitt på 3,11 %.

Et spørreskjema ble utformet av en arbeidsgruppe senhøstes 2003 (Vedlegg 1).

ⁱ En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i Hedmark, denne omtales ikke videre her.

Undersøkelsen er således basert på et tverrsnitt av 18-19-åringer i 3. klasse ved videregående skoler i Oslo, og et tverrsnitt av 18-19-åringer som ikke går i 3. klasse ved videregående skoler.

Metode

Målet med denne oppgaven er å gi en i hovedsak deskriptiv fremstilling av helsetilstanden for ungdom i Oslo med utgangspunkt i data fra Ungdom 2004. Fremstillingen gjøres forholdsvis bred, det vil si at mange helseområder velges ut om fremstilles, men det bestrebes ikke å gjøre nærmere analyser av sammenhenger, forklare avvik etc. De statistiske analysene av materialet er utført etter modell fra Helseprofil for unge (24), de utvalgte helsevariablene er først og fremst undersøkt mtp kjønn, bydel, utdanningsplaner, foreldres sivilstatus og fødeland.

Det ble tatt utgangspunkt i en datafil med ferdigprosesserte data fra UNGHUBRO, UNGOPPHED og Ungdom 2004. Datamateriale er prosessert og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjoner 12 til 16. Det ble så gjort en filtrering av materialet for å lage en arbeidsfil som inneholdt kun deltakere i Ungdom 2004, og alle analyser er gjort på denne gruppen.

Inndelingen i **bydelsregioner** er den samme som benyttet i Oslohelsa og Helseprofil for Oslo, og baseres på en del sosioøkonomiske indikatorer; arbeidsledighet, lav utdanning, andel ikke-vestlige og enslige forsørgere. Plassering av deltagerne her er ikke, som i Helseprofil for Oslo, basert på skolens adresse, men på deltakernes bostedsadresse hentet fra Folkeregisteret.

Utdanningsplaner er oppgitt som Universitet eller høyskoleutdanning av høyere grad, Universitet eller høyskoleutdanning av lavere grad, Videregående skole: allmenne-, økon.-adm. fag/idrettsfag/musikk, dans og drama , Videregående skole: yrkesfag, Annet og Har ikke bestemt meg. Disse ble gruppert inn i Universitet/høyskole høyere grad, Universitet/høyskole lavere grad, Videregående skole: Yrkesfag, Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt.

Det er mer vanlig å ta utgangspunkt i fullført utdanning i undersøkelser av denne typen, men det er naturlig nok ikke mulig her. Det er viktig å huske at undersøkelsen ble foretatt det siste semesteret av videregående skole, og beslutningen om videre veivalg for utdanning har vært nært forestående for deltagerne.

Familieøkonomi er registrert ved å spørre om deltakernes egen oppfatning av familiens økonomi i forhold til hvordan andre familiers økonomi er. Det er således ikke et objektivt mål for økonomisk situasjon.

Foreldres sivilstatus er i materialet oppgitt som Gift/samboere, Ugift, Skilt/separert, En eller begge er døde og Annet. I analysene er kategoriene Ugift og Annet slått sammen.

Fødeland er deltageres eget fødeland basert på Folkeregisteret. Fødeland er gruppert til Norge, Europa/Vesten, Nord-Afrika/Midtøsten, Asia og Afrika sør for Sahara.

Dermed vil ikke andregenerasjonsinnvandrere fanges opp. Dette omfatter totalt 388 individer med kjente data for mors fødeland, eller 17 % av norskfødte deltagerne med kjent fødeland for mor. Her er pakistanere den største gruppen, med 136 individer.

Egenvurdert helse er registrert ved spørsmålet ”Hvordan er helsen din nå?”, med alternativene ”Svært god”, ”God”, ”Ikke helt god” og ”Dårlig”.

Bruk av helsetjenester er registrert ved å spørre deltagerne om de i løpet av de siste 12 måneder selv har brukt de aktuelle tjenestene. Alternativene var ”Ingen ganger”, ”1-3 ganger” og ”4 ganger eller mer”.

Psykisk helse

I spørreskjemaet for undersøkelsen, er det inkludert ti spørsmål fra spørreskjemaet Hopkins Symptoms Check List (SCL-90), som da kalles SCL-10ⁱⁱ. Disse spør om symptomer med en alternativene ”ikke plaget”, ”litt plaget”, ”ganske mye plaget” eller ”veldig mye plaget”. Disse kodes så hhv 1 til 4, og en gjennomsnittsscore beregnes. En gjennomsnittsscore over 1,85 regnes som et positivt utslag. Det er validert som et godt screeninginstrument for symptomer på angst og depresjon (59).

Seksualitet

Seksuell debut er registrert ved spørsmålet ”Har du noen gang hatt samleie”, og svaralternativene ”Nei”, ”Ja, med en partner”, og ”Ja, med flere partnere”. Det ble også spurt om alder første gang, oppgitt i hele år. Det ble spurt om det ble benyttet prevensjon ved siste samleie. Svaralternativene var ”Nei”, ”Kondom”, ”P-pille/sprøyte/ring”, ”Nødprevensjon/angrepillen”, ”Annet” og ”Vet ikke”.

Graviditet ble registrert ved spørsmålet ”Har du noen gang vært gravid/gjort en jente gravid?”, og svaralternativene ”Ja”, ”Nei” og ”Vet ikke”. Det ble også spurt om alder for når dette skjedde, oppgitt i hele år. Abort ble videre registrert med spørsmålet ”Ble det utført abort?” og svaralternativene ”Ja”, ”Nei” og ”Vet ikke”.

Tabell 1. Sosiodemografiske forhold hos deltagerne i Ungdom 2004.

	Gutt (n)	%	Jente (n)	%
Total	1 672	44	2 103	56
Bydeler				
Ytre øst	698	46	922	50
Indre øst	127	8	167	9
Indre vest	113	7	141	8
Ytre vest	588	39	628	34
Total	1 526	100	1 858	100

ⁱⁱ Avsnitt 3.1 i spørreskjemaet, vedlegg 1

Utdanningsplaner				
Universitet/høyskole høyere grad	803	50	926	45
Universitet/høyskole lavere grad	367	23	594	29
Videregående skole: Yrkesfag	72	4	58	3
Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt seg	376	23	468	23
Total	1 618	100	2 046	100
Oppfatning av familiøkonomi				
Dårlig råd	79	5	105	5
Middels råd	449	28	658	32
God råd	849	52	1 059	51
Svært god råd	245	15	241	12
Total	1 622	100	2 063	100
Foreldres sivilstatus				
Gift/samboere	1 098	67	1 332	64
Skilt/separert	405	25	543	26
En eller begge er døde	70	4	97	5
Ugift/annet	57	3	94	5
Total	1 630	100	2 066	100
Fødeland				
Norge	1 392	85	1 709	82
Europa/Vesten	58	4	83	4
Nord-Afrika/Midtøsten	57	3	90	4
Sub-Sahara Afrika	34	2	46	2
Asia	104	6	147	7
Total	1 645	100	2 075	100

Ved statistiske undersøkelser finnes det generelt sett to typer feil. Systematiske feil på grunn av skjevheter i variabler i datagrunnlaget, og feil som skyldes tilfeldig variasjon i utvalget som undersøkes. Den tilfeldige usikkerheten i målinger kan angis ved statistiske tester, som angir en sannsynlighet for at resultatet som foreligger kommer av tilfeldig variasjon. χ^2 -testen er benyttet i den rapporten der intet annet er angitt, sannsynligheten for feil er angitt ved p-verdi som følger:

n.s. $p > 0,05$, ikke statistisk signifikante forskjeller

* $0,05 \geq p > 0,01$

** $0,01 \geq p > 0,001$

*** $0,001 \geq p$

Resultater

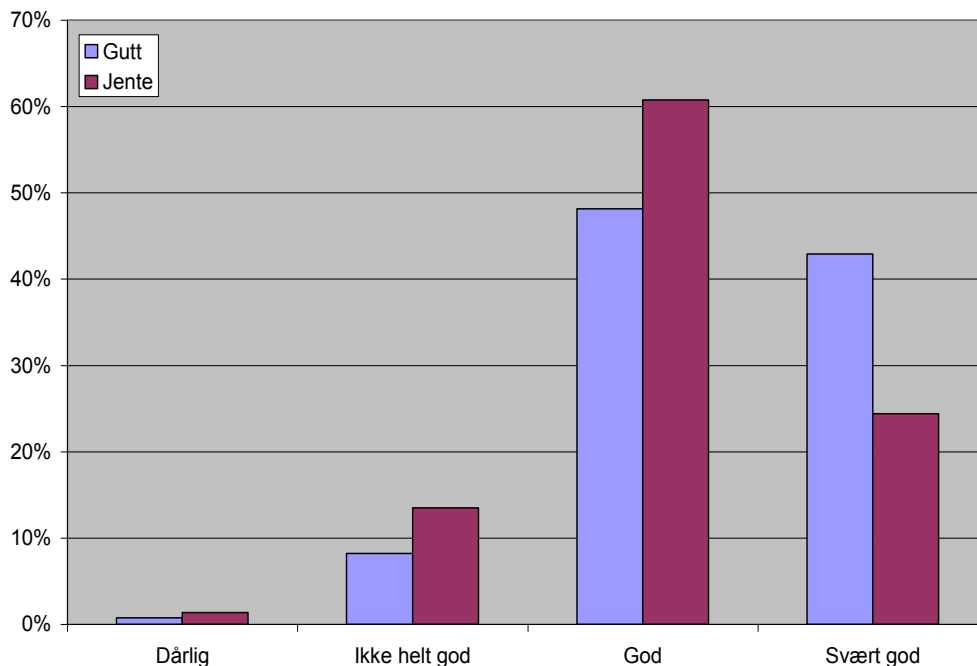
Egenvurdering av helse

Oppfatning av egen helse i Ungdom 2004 likner det man finner i andre undersøkelser. 91 prosent av guttene og 85 prosent av jentene rapporterer god eller svært god helse. Guttene

forskyves mot høyre i forhold til jentene, ved at flere rapporterer svært god helse, og færre ikke helt god (Figur 1).

	Gutt (n)	%	Jente (n)	%
Total		91		85
p		***		
Ytre øst	606	90	760	86
Indre øst	107	88	129	80
Indre vest	103	92	113	83
Ytre vest	528	92	538	87
p		n.s.		n.s.
Universitet/høyskole høyere grad	739	93	789	87
Universitet/høyskole lavere grad	334	92	502	86
Videregående skole: Yrkesfag	66	93	45	80
Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt seg	317	85	374	81
p		***		*
Dårlig råd	63	80	71	68
Middels råd	390	88	531	83
God råd	777	92	908	87
Svært god råd	232	97	213	90
p		***		***
Gift/samboere	1001	92	1145	87
Skilt/separert	359	89	429	81
En eller begge er døde	61	87	79	82
Ugift/annet	47	84	73	79
p		*		***
Norge	1235	91	1420	86
Europa/Vesten	51	91	71	87
Nord-Afrika/Midtøsten	48	92	65	75
Sub-Sahara Afrika	32	97	40	87

Asia	87	89	119	86
p		n.s.		n.s.
Total	1475	91	1738	85



Figur 1. Deltagernes vurdering av sin egen helse.

Det finnes ingen statistisk signifikante forskjeller mellom bydelene i øst og vest.

Jenter som planlegger høyere utdanning oppfatter i større grad enn andre helsen som god eller svært god. Blant guttene skiller gruppen "Videregående allmennfag/annet/her ikke bestemt seg" ut ved at en lavere andel her oppgir god eller svært god helse, de aller fleste av disse er fra gruppen "Har ikke bestemt seg".

Det er en tydelig sammenheng mellom oppfatning av helse og oppfatning av familieøkonomi, særlig blant jentene.

Ungdommer med gifte eller samboende foreldre er mest tilbøyelige til å rapportere god helse. Det er ikke signifikante forskjeller i oppfattelsen av helse etter fødeland.

Tabell 2. Deltagere som rapporterer god eller svært god helse.

Bruk av helsetjenester

Jentene hadde i Ungdom 2004 større bruk enn guttene av de fleste typer tjenester.

Forskjellen er signifikant for skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, allmennlege, PP-tjeneste, psykolog eller psykiater, andre spesialister, fysioterapeut og alternativ behandler. Kjønnene ligger nesten likt på bruk av legevakt og sykehusinnleggelse, og en relativt stor andel, syv prosent av begge kjønn, har vært innlagt på sykehus siste år.

Tabell 3. Helsetjeneste brukt siste år.

		Gutt (n)	Gutt %	Jente (n)	Jente %
Skolehelsetjenesten	Ingen ganger	1480	92	1635	80
	1-3 ganger	118	7	342	17
	4 ganger eller mer	13	1	57	3
Helsestasjon for ungdom	Ingen ganger	1465	91	1289	63
	1-3 ganger	131	8	643	31
	4 ganger eller mer	11	1	113	6
Allmennlege	Ingen ganger	616	38	496	24
	1-3 ganger	825	51	1125	55
	4 ganger eller mer	161	10	421	21
PP-tjenesten	Ingen ganger	1556	97	1924	95
	1-3 ganger	28	2	64	3
	4 ganger eller mer	15	1	31	2
Psykolog eller psykiater	Ingen ganger	1549	96	1840	90
	1-3 ganger	31	2	88	4
	4 ganger eller mer	30	2	110	5
Psykiatrisk ungdomsteam	Ingen ganger	1582	99	2005	99
	1-3 ganger	5	0	11	1
	4 ganger eller mer	12	1	15	1
Annen spesialist	Ingen ganger	1373	86	1645	81
	1-3 ganger	191	12	305	15
	4 ganger eller mer	39	2	83	4
Legevakt	Ingen ganger	1059	66	1335	66
	1-3 ganger	490	31	627	31
	4 ganger eller mer	44	3	69	3
Sykehusinnleggelse	Ingen ganger	1475	92	1869	92
	1-3 ganger	115	7	150	7
	4 ganger eller mer	15	1	13	1
Sosialtjenesten	Ingen ganger	1582	99	1989	98
	1-3 ganger	13	1	33	2
	4 ganger eller mer	11	1	15	1
Fysioterapeut	Ingen ganger	1385	86	1686	83
	1-3 ganger	131	8	159	8
	4 ganger eller mer	91	6	192	9
Alternativ behandler	Ingen ganger	1498	93	1818	90
	1-3 ganger	69	4	94	5
	4 ganger eller mer	38	2	108	5

Allmennpraktiserende lege

Allmennpraktiserende lege er det helsetilbudet flest har benyttet, totalt har 61 % av guttene og 76 % av jentene benyttet seg av dette. Blant jentene er det ingen forskjeller mellom bydelene, men blant guttene er det lavere bruk av fastlege i indre øst.

Tabell 4. Deltagere som har brukt allmennpraktiserende lege siste 12 måneder.

	Gutter						Jenter					
	Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer		Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	260	39	335	50	71	11	231	26	487	55	167	19
Indre øst	60	50	52	44	7	6	41	25	83	52	37	23
Indre vest	36	32	63	56	13	12	32	23	68	50	37	27
Ytre vest	208	37	310	55	48	8	136	22	359	58	126	20
Total												

Helsestasjon for ungdom

I Ungdom2004 hadde 9 % av guttene og 37 % av jentene benyttet seg av helsestasjon for ungdom. Blant guttene er det ingen forskjeller mht bydel, mens jentene har et signifikant høyere forbruk på vest enn på østkanten

Tabell 5. Deltagere som har brukt helsestasjon for ungdom siste 12 måneder.

	Gutter						Jenter					
	Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer		Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	607	91	57	9	4	1	613	69	237	27	38	4
Indre øst	106	89	11	9	2	2	103	64	48	30	11	7
Indre vest	100	91	9	8	1	1	70	51	54	39	13	9
Ytre vest	525	92	43	8	3	1	356	57	228	37	36	6
Total	1465	91	131	8	11	1	1289	63	643	31	113	6

Skolehelsetjenesten

Totalt 8 % av guttene og 20 % av jentene gjort bruk av skolehelsetjenesten siste 12 mnd.. Det er ingen signifikante forskjeller mellom bydelene.

Tabell 6. Deltagere som har brukt skolehelsetjenesten siste 12 måneder.

	Gutter						Jenter					
	Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer		Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	611	91	52	8	8	1	705	80	160	18	21	2
Indre øst	106	88	13	11	1	1	129	80	29	18	3	2
Indre vest	108	96	4	4	0	0	99	73	28	21	8	6
Ytre vest	525	92	41	7	4	1	505	82	91	15	22	4
Total	1480	92	118	7	13	1	1635	80	342	17	57	3

Legevakt

Blant både guttene og jentene har totalt 33,4 % gjort bruk av legevakt siste 12 mnd.. Det er ingen signifikante forskjeller mellom bydelene.

Tabell 7. Deltagere som har brukt legevakt siste 12 måneder.

	Gutter						Jenter					
	Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer		Ingen ganger		1-3 ganger		4 ganger eller mer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	421	64	217	33	23	3	578	66	276	31	28	3
Indre øst	85	72	28	24	5	4	102	63	55	34	4	2
Indre vest	73	66	34	31	4	4	86	63	45	33	5	4
Ytre vest	390	69	166	29	10	2	429	70	163	26	24	4
Total	1059	67	490	31	44	3	1335	66	627	31	69	3

Psykisk helse

Totalt har 3,7 % av guttene og 13,0 % av jentene hatt psykisk plage som det har blitt søkt hjelp for i løpet av de siste tolv månedene. 14,2 % av guttene og 34,7 % av jentene rapporterer et symptomnivå ved SCL-10 som tyder psykiske plager. Denne kjønnsforskjellen holder seg i store trekk lik i alle subgrupper, ved at to til fire ganger så mange jenter har søkt hjelp for psykisk plage eller rapporterer symptomer på psykisk sykdom.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom bydelene i Oslo mht verken å søke hjelp for psykisk plage eller symptomnivå ved SCL-10, bortsett fra det ser ut til at færre gutter i ytre vest har symptomer på psykiske plager.

Det synes som om gutter som planlegger høyere utdanning har høyere grad i mindre grad enn jenter har søkt hjelp for psykisk plage, men forskjellen er ikke signifikant. En signifikant mindre andel av jenter som planlegger høyere utdanning har høyere og lavere grad har søkt hjelp for psykisk plage. Både gutter og jenter som planlegger høyere utdanning rapporterer lavere symptomnivå enn de som ikke gjør det.

Etter oppfatning av familieøkonomi er det en sterk og klart signifikant sammenheng mellom oppfatning av familieøkonomi og psykisk helse (figur). 14,1 % av guttene og 25,5 % av jentene har søkt hjelp for psykisk plage i gruppen som rapporterer ”dårlig råd” mot hhv 2,5 % og 8,8 % i gruppen ”svært god råd”. Tilsvarende har 32,9 % av guttene og 61,9 % av jentene i gruppen ”dårlig råd” symptomer på psykiske plager, mot hhv 11,9 % og 25,8 % i gruppen ”svært god råd”.

Det er ikke signifikante forskjeller blant guttene avhengig av foreldrenes sivilstatus. Blant jentene er det signifikante forskjeller både i andel som har søkt hjelp og som har psykiske

symptomer, men de statistiske testene gir ikke grunnlag for å avgjøre hvilke grupper som skiller seg ut.

Det er signifikante forskjeller etter fødeland, de statistiske metodene viser imidlertid ikke sikkert hvilke grupper som skiller seg ut.

Tabell 8. Deltageres psykiske helse.

	Søkt hjelp for psykisk plage				Symptomer på psykiske plager			
	Gutt		Jente		Gutt		Jente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	24	4	110	13	114	17	328	36
Indre øst	4	3	25	16	20	17	59	36
Indre vest	5	4	23	18	18	16	57	41
Ytre vest	22	4	71	12	60	10	194	31
p	n.s.		n.s.		**		n.s.	
Universitet/høyskole høyere grad	19	2	110	12	91	11	293	32
Universitet/høyskole lavere grad	16	4	63	11	53	15	190	32
Videregående skole: Yrkesfag	3	4	11	21	11	15	26	46
Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt seg	21	6	71	16	71	19	198	42
p	*		*		**		***	
Dårlig råd	11	14	25	26	25	33	65	62
Middels råd	19	4	96	15	81	18	278	43
God råd	24	3	118	12	94	11	310	29
Svært god råd	6	3	20	9	29	12	62	26
p	***		***		***		***	
Gift/samboere	33	3	134	10	144	13	429	32
Skilt/separert	21	5	85	17	64	16	214	40
En eller begge er døde	4	6	25	29	11	16	30	32
Ugift/annet	2	4	16	17	10	18	40	43
p	n.s.		***		n.s.		**	
Norge	45	3	197	12	178	13	555	33
Europa/Vesten	2	4	10	12	10	18	35	43
Nord-Afrika/Midtøsten	5	9	21	24	14	25	46	53
Sub-Sahara Afrika	1	3	6	14	7	23	15	35
Asia	4	4	18	13	18	19	53	38
p	n.s.		*		*		***	
Total	60	4	260	13	230	14	716	35

Seksualitet

Seksuell debut

I Ungdom2004 har totalt 64 % av guttene og 65 % av jentene hatt samleie (Tabell 9). Median debutalder ved samleie beregnes ved lineær interpolasjon til 17,9 år for guttene og 17,8 år for jentene.

Tabell 9. Andel som noen gang har hatt samleie. Prosent

	Gutt	Jente
Ja, med en partner	27	26
Ja, med flere partnere	37	39
Nei	36	35

Flere jenter enn gutter har debutert seksuelt på østkanten, mens det ikke finnes bydelsrelaterte forskjeller for guttene. Familieøkonomi og utdanningsplaner ser ikke ut til å ha betydning for seksuell debut. Blant både gutter og jenter er det færre i gruppen med gifte og samboende foreldre som har debutert seksuelt. Relatert til fødeland, er det færre jenter med ikke-vestlig bakgrunn som har debutert. For gutter skiller gruppen født i Asia seg ut ved at færre har debutert.

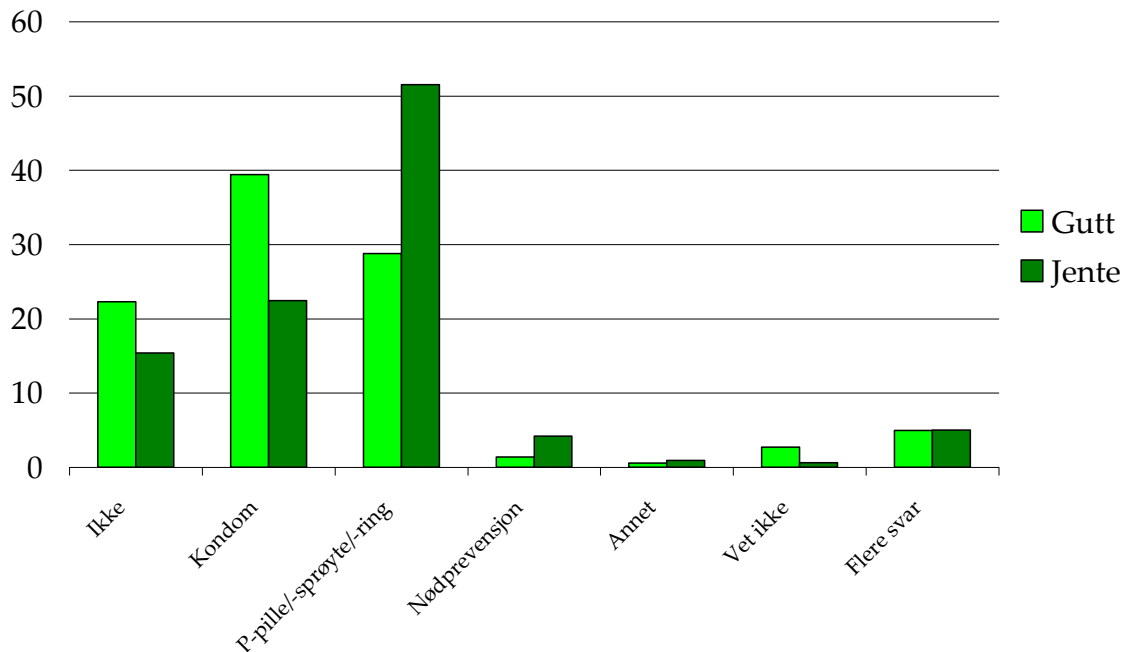
Tabell 10. Deltagere som har debutert seksuelt, definert ved samleie.

	Gutt (n)	%	Jente (n)	%
Ytre øst	431	64	519	57,9
Indre øst	79	66	97	60
Indre vest	71	63	101	73
Ytre vest	356	63	450	72
	n.s.		***	
Universitet/høyskole høyere grad	482	61	584	64
Universitet/høyskole lavere grad	235	65	372	63
Videregående skole: Yrkesfag	45	63	40	69
Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt seg	250	68	318	69
	n.s.		n.s.	
Dårlig råd	53	69	79	75
Middels råd	268	60	413	64
God råd	533	64	679	64
Svært god råd	165	68	158	66
	n.s.		n.s.	
Gift/samboere	649	60	750	57
Skilt/separert	293	73	432	80
En eller begge er døde	47	70	69	72
Ugift/annet	35	63	78	83
	***		***	
Norge	863	64	1154	69
Europa/Vesten	38	69	49	59
Nord-Afrika/Midtøsten	37	69	40	47
Sub-Sahara Afrika	23	79	21	46
Asia	45	47	53	38
	**		***	
Total	1025	64	1336	65

Prevensjon

Det er klare kjønnsforskjeller i bruk av prevensjon. Kondom og fast hormonell prevensjon er de mest brukte midlene. 22% av guttene brukte ikke prevensjon ved forrige samleie, mot 15 % av jentene. Det mest populære prevensjonsmiddelet totalt sett er hormonpreparater, som ble brukt av 51 % av jentene og 29 % av guttene ved siste samleie. Kondom ble brukt av 22 % av jentene og 39 % av guttene. Bruken av nødprevensjon er på under 5% for både gutter og jenter.

Det finnes ikke signifikante forskjeller i bruk av prevensjon basert på bydeler, utdanningsplaner, oppfattelse av familieøkonomi, fødeland eller foreldrenes sivilstatus.



Figur 2 Anvendt prevensjonsmiddel ved forrige samleie. Andel i prosent.

Graviditet og abort

Totalt oppgir 4,2 % av guttene og 6,0 % av jentene å noen gang ha blitt gravide eller gjort noen gravide, mens hhv. 3,6 % og 4,8 % oppgir at det ble utført abort.

Blant jentene er det færre graviditeter på vestkanten, ellers ser det ut til at det ikke er geografiske forskjeller. Både for gutter og jenter ser det ut til å være en gradient relatert til utdanningsplaner, hvor planer om høyere utdanning henger sammen med færre graviditeter og aborter. Blant jentene er det en klar sammenheng med oppfatning av dårlig familieøkonomi og høyere andel som både har vært gravide og tatt abort. Blant jentene ser det ut til at å ha gifte eller samboende foreldre beskytter for graviditet. Liknende trender sees i de andre gruppene, men disse er ikke signifikante. Det er ingen forskjeller relatert til fødeland.

Tabell 11. Deltagere som oppgir å noen gang har vært gravide/gjort noen gravide, og evt. abort.

	Vært gravid/gjort noen gravid	Utført abort
--	-------------------------------	--------------

	Jente		Gutt		Jente		Gutt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ytre øst	68	7	34	5	55	6	26	4
Indre øst	16	10	10	8	10	6	9	7
Indre vest	6	4	3	3	5	4	4	4
Ytre vest	24	4	18	3	20	3	17	3
p	**		n.s.		n.s.		n.s.	
Universitet/høyskole høyere grad	40	4	21	3	34	4	19	2
Universitet/høyskole lavere grad	39	7	22	6	31	5	19	5
Videregående skole: Yrkesfag	11	19	4	6	8	14	4	6
Videregående allmennfag/annet/har ikke bestemt seg	33	7	24	6	25	5	19	5
p	***		**		**		*	
Dårlig råd	22	21	8	10	17	16	5	6
Middels råd	37	6	22	5	30	5	21	5
God råd	57	5	32	4	47	4	27	3
Svært god råd	11	5	9	4	7	3	8	3
p	***		n.s.		***		n.s.	
Gift/samboere	57	4	40	4	44	3	34	3
Skilt/separert	48	9	19	5	39	7	19	5
En eller begge er døde	11	11	8	11	11	11	5	7
Ugift/annet	12	13	6	11	8	9	4	7
p	***		n.s.		n.s.		n.s.	
Norge	91	5	58	4	74	4	51	4
Europa/Vesten	8	10	1	2	7	8	2	3
Nord-Afrika/Midtøsten	9	10	6	11	6	7	4	7
Sub-Sahara Afrika	5	11	2	6	4	9	2	6
Asia	12	8	2	2	9	6	1	1
p	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
Total	128	6	73	4	102	5	62	4

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at de fleste ungdommer rapporterer å ha god eller svært god helse, men en ganske høy andel rapporterer symptomer på psykiske plager. Det er svært små kjønnsforskjeller i seksuell debutalder. Allmennlegen er den helsetjenesten flest ungdommer benytter. Den uavhengige variabelen som har mest entydig effekt på de målte avhengige variablene er oppfatning av familieøkonomi og utdanningsplaner, hvor oppfatning av god familieøkonomi og planer om høyere utdanning har sammenheng med oppfatning av god helse, god psykisk helse og lav forekomst av graviditet og abort. Bakgrunnen for denne oppgaven er en spørreundersøkelse blant ungdommer i Oslo, med et stort utvalg, og gir i prinsippet dekning for solide statistiske analyser med små tilfeldige avvik. Det er imidlertid svært sårbart for systematiske skjevheter ettersom det er gjennomført som en skole- og en postal undersøkelse, som har henholdsvis høy og lav svarprosent. Det er ikke tilfeldig hvem som ikke går på videregående skole, og det er rimelig å anta at frafallsgruppen har langt høyere andel av sykelighet og sosiale problemer enn svargruppen.

De aller fleste ungdommer rapporterer god helse, som er i samsvar med funn fra andre studier(19, 22, 23, 60). Det finnes ingen statistisk signifikante forskjeller opplevd helse mellom bydelene i øst og vest, slik det finnes i andre helseundersøkelser for voksne fra Oslo(61). Heller ikke for bruk av helsetjenester, psykisk helse eller seksualitet er det tydelige bydelsspesifikke forskjeller. Årsaken til dette kan være at det skjer en sosial drift i livsløpet som enda i liten grad har funnet sted, eller at de sosiogeografiske forskjellene i Oslo er i endring.

Det ser ut til at ikke-vestlige har høyere forekomst av psykiske plager enn vestlige for begge kjønn, og at ikke-vestlige kvinner i høyere grad søker hjelp for psykisk plage. Dette er i samsvar med hva andre studier har funnet i samme bakgrunnsmateriale(62). Dette samsvarer godt med andre undersøkelser som viser slike sammenhenger, både mellom objektivt målt, og egenoppfattet inntekt (22, 23, 63).

Et sentralt spørsmål blir hva som er grunnen til at noen ikke opplever sin egen helse som god her, i hvilken grad det er basert på reell psykisk eller fysisk sykdom eller et mønster i selvvrdering. Forekomsten av symptomer på angst og depresjon er høy, til dels betydelig høyere enn det som har blitt funnet i andre undersøkelser, selv om forskjellige utvalg og metoder ikke gjør det mulig å sammenligne direkte(64-66). At jentene har høyere symptomtrykk enn guttene, er imidlertid i samsvar med disse. Den høye forekomsten betyr ikke nødvendigvis behandlingstrengende sykdom, men innebærer en risiko for å utvikle symptomer senere(67).

Seksuell debutalder skiller seg fra det som er funnet i andre undersøkelser ved at kjønnene i stor grad debuterer ved samme alder, mens andre undersøkelser viser at jentene debuterer tidligere (43-45). Det er et stort skille mellom kjønnene i bruk av prevensjonsmiddel. Dette funnet kan ikke stemme, hvis man legger til grunn antagelsen om at heterofil sex er vanligst. En forklaring kan være at utvalget i liten grad finner sine partnere i samme alder, men har partnere utenfor gruppen. En annen forklaring kan være at partene kommuniserer dårlig om prevensjon; en gutt vet for eksempel ikke nødvendigvis om en jente bruker hormonell prevensjon.

Tallene for graviditet og abort er svært høye, det totale abortraten for kvinner i utvalget er over dobbelt så høy som tallet fra medisinsk fødselsregister(52, 54). I undersøkelsen er forekomsten av abort rapportert som livstidsprevalens, mens det i medisinsk fødselsregister er registrert som årsprevalens i aldersgruppen 15-19, og tallene er dermed ikke direkte sammenlignbare.

Oppgaven bekrefter også funn gjort i andre undersøkelser, der planer om høyere utdanning og oppfattelse av høy sosioøkonomisk status assosieres med god selvrapportert helse, god psykisk helse, senere seksuell debut og færre graviditeter og aborter. (46, 60, 68)

Allmennlegen er den mest benyttede helsetjenesten for ungdommer. På tross av andre tilbud som er spesialtilpasset ungdom er altså fortsatt fastlegen det helsetilbudet som flest ungdom kommer i kontakt med. Undersøkelsen gir imidlertid ikke informasjon om hva besøket hos de forskjellige helsetilbudene dreide seg om, eller hvilke behov de fyller. Her ville det vært interessant å undersøke om det er noen sammenheng mellom jentenes kraftige overrepresentasjon som brukere av skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom og høyere forekomst av psykiske plager. At så mye som en tredel av ungdom har oppsøkt legevakst i løpet av året virker høyt, da dette er en tjeneste som i utgangspunktet skal håndtere akutttilfeller utenfor fastlegens åpningstider og ø-hjelpstilbud, spesielt i en

såpass relativt fysisk frisk populasjon. Det har imidlertid ikke lyktes å finne andre relevante studier å sammenligne med, og det er derfor vanskelig å gjøre antagelser om hvorvidt dette reelt er høyt, og eventuelt hvorfor. En forklaring kan være at ungdommers umodne kognitive evner gjør dem til ”dårlige” brukere av helsetjenester, og ikke oppsøker det ”riktige” tilbudet, eller at et legevaktstilbud har andre kvaliteter som ikke fastlegen har, som enklere tilgjengelighet, eller at det er et mer tilbud som oppleves som tryggere mht konfidensialitet og lignende.

Indeks

Tabell 1. Sosiodemografiske forhold hos deltagerne i Ungdom 2004.....	12
Tabell 2. Deltagere som rapporterer god eller svært god helse.	15
Tabell 3. Helsetjeneste brukt siste år.	16
Tabell 4. Deltagere som har brukt allmennpraktiserende lege siste 12 måneder.....	17
Tabell 5. Deltagere som har brukt helsestasjon for ungdom siste 12 måneder.....	17
Tabell 6. Deltagere som har brukt skolehelsetjenesten siste 12 måneder.	17
Tabell 7. Deltagere som har brukt legevakt siste 12 måneder.	18
Tabell 8. Deltageres psykiske helse.	19
Tabell 9. Andel som noen gang har hatt samleie. Prosent	20
Tabell 10. Deltagere som har debutert seksuelt, definert ved samleie.....	20
Tabell 11. Deltagere som oppgir å noen gang har vært gravide/gjort noen gravide, og evt abort.	21
 Figur 1. Deltagernes vurdering av sin egen helse.	15
Figur 2 Anvendt prevensjonsmiddel ved forrige samleie. Andel i prosent.	21

Referanser

1. WHO. The second decade: Improving adolescent health and development. 2001.
2. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents : the need for adequate health services. In: WHO, editor. Geneve: WHO; 2005.
3. Haavet OR. Er ungdom annerledes? In: Haavet OR, editor. Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget; 2005. p. 21-3.
4. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007 Apr 7;369(9568):1220-31.
5. Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ*. 2005;330(7486):301-4.
6. Dahl RE. Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021(Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities):1-22.
7. Freud S. Det ubevidste: om psykoanalyse - om drømmen. København: Martins Forlag; 1920.
8. Erikson EH. Reflections on the dissent of contemporary youth. *Int J Psychoanal*. 1970;51(1):11-22.
9. Piaget J. Judgment and reasoning in the child. London: Routledge & Kegan Paul; 1928.
10. Piaget J. The child's conception of the world. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & co; 1929.
11. Vygotskij LS, Lurija AR, Diderichsen A, Larsen SO. Verker. København: Reitzel; 1971.
12. Hetherington EM, Parke RD, Locke VO. Child Psychology- A contemporary viewpoint. 5 ed: McGraw-Hill College; 1999.
13. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000 Jun;24(4):417-63.
14. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008 Mar;1124:111-26.
15. Tanner JM. Growth at adolescence. Oxford: Blackwell; 1955.
16. Kliegman RM, Marcante KJ, Jenson HB, Behrman RE. Nelson - Essentials of Pediatrics. 5 ed: Elsevier Saunders 2006.
17. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev*. 2008;28(1):62-77.
18. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *MedCare*. 1994;32(9):930-42.
19. Piko B. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*. 2007;166(7):701-8.
20. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *JHealth SocBehav*. 1997;38(1):21-37.
21. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *JEpidemiolCommunity Health*. 2001;55(4):227-32.

22. Piko BF, Keresztes N. Self-perceived health among early adolescents: Role of psychosocial factors. *PediatrInt*. 2007;49(5):577-83.
23. Tremblay S, Dahinten S, Kohen D. Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Rep*. 2003;14 Suppl:7-16.
24. Grotvedt L, Gimmetstad A. Helseprofil for Oslo Barn og unge: Folkehelseinstituttet; Program for storbyrettet forskning; Oslo kommune 2002.
25. Jensen A. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt.: Statistisk sentralbyrå 2009 Contract No.: 6.
26. Haavet OR. Adolescents at risk. The impact of contextual and individual factors on health. A study of 10th grade pupils in Oslo, Norway: Universitetet i Oslo; 2005.
27. Lov om helsetjenesten i kommunene, (1982).
28. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, (2000).
29. Allmenntilleggsmedisin. 2 ed. Hunskaar S, editor: Gyldendal Akademisk; 2003.
30. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ*. 2005 February 26, 2005;330(7489):465-7.
31. Viner R, Macfarlane A. Health promotion. *BMJ*. 2005 March 5, 2005;330(7490):527-9.
32. Hjortdahl P. Unges kommunikasjonsmåter. In: Haavet OR, editor. *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005. p. 89-97.
33. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, (2003).
34. ShDir. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. In: helsedirektoratet S-o, editor.: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
35. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2 ed: Gyldendal akademisk; 2003.
36. Michaud P-A, Fombonne E. Common mental health problems. *BMJ*. 2005 April 9, 2005;330(7495):835-8.
37. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *BMJ*. 2005 April 23, 2005;330(7497):950-3.
38. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 2005 April 16, 2005;330(7496):891-4.
39. Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. *BMJ*. 2005 April 2, 2005;330(7494):777-80.
40. Bonin L. Depression in adolescents: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. In: Middleman AB, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2009.
41. Grøholt B. Psykiske sykdommer - når er utslagene normale? Fastlegens rolle. In: Haavet OR, editor. *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005. p. 140-50.
42. Cameron OG. The comorbidity of anxiety and depression. In: Schwenk TL, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2009.
43. Vigran Å, Lappegård T. 25 år med selvbestemt abort i Norge. *Samfunnsspeilet*. 2003;17 (3):40-6.

44. Pedersen W, Samuelsen SO. Nye mønstre av seksualadferd blant ungdom. Tidsskrift for Den norske L'geforening. 2003;123(21):3006-9.
45. Kraft P. Seksuell debutalder blant norsk ungdom. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1990;110(23):3021-4.
46. Coker AL, Richter DL, Valois RF, McKeown RE, Garrison CZ, Vincent ML. Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. J Sch Health. 1994 Nov;64(9):372-7.
47. Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrom L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? a population-based longitudinal study. J Sex Res. 2003 Nov;40(4):333-45.
48. Valle AK, Torgersen L, Roysamb E, Klepp KI, Thelle DS. Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. Eur J Public Health. 2005 Apr;15(2):185-94.
49. Lappegård T. Tenåringer og fruktbarhet: Sex, men ikke barn. Samfunnsspeilet. 2000;14(6):2-8.
50. Traeen B, Lewin B, Sundet JM. Use of birth control pills and condoms among 17-19-year-old adolescents in Norway: contraceptive versus protective behaviour? AIDS Care. 1992;4(4):371-80.
51. Cibula D. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008 Dec;13(4):362-75.
52. Totlandsdal K, Bergsjø P, Hånes H, Gåsemyr K. Abort - fakta om svangerskapsavbrudd. Folkehelseinstituttet; 2007 [updated 17.07.2009; cited 2009]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:50711:1:5647:1::0:0.
53. Wahlgren M. Utførte svangerskapsavbrudd blant tenåringer (-19 år), etter bostedsfylke. 1999-2005. Statistisk sentralbyrå; 2006 [cited 2009]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/tab-2006-04-26-04.html>.
54. Medisinsk fødselsregister [database on the Internet]. Folkehelseinstituttet. 1979-2008 [cited 22.10.2009]. Available from: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>.
55. Vangen S, Eskild A, Forsen L. Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. BJOG. 2008 Sep;115(10):1309-15.
56. Pedersen W, Samuelsen SO, Eskild A. [Abortion among young women--the importance of family environment factors and social class]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Jun 22;126(13):1734-7.
57. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health. 2008 Jun;36(4):424-8.
58. Aavitsland P. [Counting abortions]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Jun 22;126(13):1727.
59. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). Nordic Journal of Psychiatry. 2003;57(2):113-8.

60. Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *Eur J Public Health*. 2007 August 1, 2007;17(4):353-60.
61. Gjestland T, Moen E. "East is east, and west is west...": Norsk institutt for by-og regionsforskning 1988. Report No.: NIBR-rapport 1988:21.
62. Sagatun A, Lien L, Sogaard AJ, Bjertness E, Heyerdahl S. Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. A longitudinal study comparing changes in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Feb;43(2):87-95.
63. Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smile ME, Hertz MF. Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18-24 Years in Secondary or Higher Education--United States, 2003-2005. *Journal of Adolescent Health*. 2007;41(4):389-97.
64. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):837-44.
65. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*. 2001;11(1):4-10.
66. Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2006 May 6, 2006;332(7549):1058-61.
67. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1998 Feb;107(1):128-40.
68. Sundet JM, Magnus P, Kvale IL, Samuelsen SO, Bakketeig LS. Secular trends and sociodemographic regularities of coital debut age in Norway. *Arch Sex Behav*. 1992 Jun;21(3):241-52.